

Jonna Kannisto

Preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan sekä ortopedisen potilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.4.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jonna Kannisto Preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan sekä ortopedisen potilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta 22 sivua + 4 liitettä 28.4.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT Leena Hannula
<p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mikä on preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa. Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan Siltasairaala-hanketta ja tehdään toimeksiannoksi Tukielin- ja plastiikkakirurgian tuloksikölle. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Siltasairaala-hanketta. Tulosten avulla voidaan ottaa paremmin huomioon preoperatiivinen potilasohjaus selkä- ja ortopedisten potilaiden hoidossa sekä kiinnittää enemmän huomiota preoperatiiviseen potilasohjauksen käytännön hoitotyössä.</p> <p>Aineistoa kerättiin syksyn 2016 ja kevään 2017 aikana eri tietokannoista. Hakusanoina käytettiin useita ennalta määriteltäviä hakusanoja. Aineisto rajattiin käsittelemään ohjausta hoitajan näkökulmasta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui viisi kansainvälistä ja englanninkielistä artikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Tutkimukset on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä ja kirjallisuuskatsaus on kuvaileva.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajan persoonalla on suuri merkitys potilasohjauksen laatuun. Hoitajien tausta ja kokemus vaikuttavat siihen, mitä asioita hoitajat arvottavat ohjauksessa. Ohjauksen laatuun positiivisesti vaikuttavat yksinkertainen puhe ja selkeä kommunikointi. Suullisen ohjauksen tärkeys korostui kaikissa tutkimuksissa. Huono kommunikointi ja erikielisyys vaikuttavat heikentävästi potilasohjauksen laatuun. Laatua heikentävät tiukat aikataulut, potilaan luona vietetyn ajan väheneminen sekä hoitajien olettamukset. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa saattaa aiheuttaa ristiriitaisuutta ohjauksessa. Tuloksista ilmeni, että mitään selkeää ohjetta ohjaukseen ei ollut. Teoriassa ja käytännössä ohjauksessa oli eroavaisuutta.</p> <p>Tulosten perusteella preoperatiiviseen ohjaukseen olisi hyvä kehittää selkeä ohje, joka jokaisessa ohjaustilanteessa käytäisiin läpi. Lisäksi olisi hyvä keskustella potilaan kanssa siitä, miten hän on ymmärtänyt ohjatut asiat. Ohjaustilanteeseen tulisi varata riittävästi aikaa ja selkeyttää ohjauskäytäntöjä muiden ammattiryhmien kanssa. Teorian ja käytännön eroavaisuudesta olisi hyvä keskustella ja tehdä lisätutkimusta, miksi asiat ovat teoriassa tärkeitä, mutta eivät toteudu käytännön ohjauksessa.</p>	
Avainsanat	preoperatiivinen ohjaus, selkäpotilas, ortopedinen potilas, hoitajan näkökulma, kirjallisuuskatsaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Jonna Kannisto Significance of Preoperative Education for Orthopedic Patient from Nurses Point of View 22 pages + 4 appendices 28.4.2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Hannula, PhD, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to define the significance of preoperative education for back pain patient and orthopedic patient. This study was conducted as a part of the new hospital project called Siltasairaala which is the largest investment for HUS. The information received from this study could help to consider preoperative education in every day practice.</p> <p>As for methods, this study was conducted as a literary overview. The data was searched in autumn 2016 and spring 2017 from nursing science databases, such as international Cinahl and PubMed and national Medic. As keywords was used several specified words for pre-operative education. Five studies were accepted to this study. All of the studies were in English and the studies were published in between years 2003-2012. The data was analyzed by using the method of inductive content analysis.</p> <p>The results showed that there is a great significance on the nurses' personality to what kind of education patient gets. Nurses' experience and background is related to what nurses appraise in preoperative education. Positive affects to the quality of preoperative teaching were using simple language and clear communication. All studies highlighted the significance of oral speaking in preoperative education. The results showed that lack of same speaking language undermines the quality of patient education. Also tight schedules and decreased time with patient undermines the quality. Co-operation with other professions might cause ambivalence in education, because there is no clear instruction how to provide preoperative teaching. There was difference in theory and practice in preoperative teaching.</p> <p>The results lead to the conclusion that there could be a clear instructions on how to give preoperative patient education. Besides it would be rational to discuss about how the patient has understood the instructions and does he have anything else on mind. There should be enough time to talk things through. The difference between theory and practice needs to be studied more.</p>	
Keywords	preoperative education, back pain, orthopedic patient, nurses point of view, literary review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan ohjaus	2
2.1	Preoperatiivinen potilasohjaus	2
2.2	Preoperatiivinen hoitotyö	3
2.3	Selkäpotilas	4
2.4	Ortopedinen potilas	4
2.5	Selkävun hoito	5
2.6	Alaselkävun ja iskiaksen leikkaushoito	6
2.6.1	Elektiivinen leikkaus	6
2.6.2	Päivystysleikkaus	7
2.7	Yhteenveto	7
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset	7
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	8
4.1	Aineiston keruu ja kohderyhmä	8
4.2	Aineiston analysointi	9
5	Tulokset	12
5.1	Artikkelien kuvailu	12
5.2	Preoperatiivisen ohjauksen merkitys	13
5.2.1	Hoidon laatu	13
5.2.2	Hoidon arviointi teoriassa ja käytännössä	15
6	Pohdinta	17
6.1	Tulosten pohdinta	17
6.2	Eettisyys	18
6.3	Luotettavuus	19
	Lähteet	21
	Liitteet	
	Liite 1. Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testi (Wilcoxon signed rank test)	
	Liite 2. McNemarin testi teorian ja käytännön eroista	
	Liite 3. Preoperatiivisen ohjauksen merkitys	
	Liite 4. Potilasohjeita selkäleikkaukseen tulevalle	

1 Johdanto

Suomessa tehdään vuosittain nelisen miljoonaa terveyskeskuslääkärikäyntiä. Useamman kuin joka kolmannen yleislääkärillä käynnin syynä on kipu. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (TULES) ovat yleisimpiä kipua aiheuttavia pitkäaikaissairauksia Suomessa. Noin joka kuudes lääkäriissä käyvä tulee tuki- ja liikuntaelinten vaivojen takia. (Lindgren 2005: 12.) Vuonna 2011 tehdyn Terveys 2011- tutkimuksen mukaan selkäkipua viimeisen 30 päivän aikana oli ollut naisista 41 % ja miehistä 35 %. Tutkimuksen mukaan naisilla selkäkipu yleistyi iän myötä, kun taas miehillä yhteyttä ikään ei ollut. Naisilla niskakipu oli yhtä yleistä kuin selkäkipu, kun miehillä niskakipua oli vähemmän kuin selkäkipua. Terveys 2011 -tutkimuksesta käy ilmi, että selkäkipu on hieman lisääntynyt vastaavasta vuonna 2000 tehdyn terveystutkimuksen tuloksista. (Koskinen – Lundqvist – Ristiluoma 2012: 92.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sanoo, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kunnioitettava sekä kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Tähän lakiin voidaan soveltaa potilaan saamaa hyvää hoidon ohjausta. Ohjauksessa tulee muistaa potilaan itsemääräämisoikeus, joka on yhteydessä potilaan saamaan kohteluun, oman hoitonsa suunnitteluun ja tiedonsaantiin. (Kyngäs ym. 2007: 16-17).

Tämä opinnäytetyö käsittelee selkäpotilaan sekä ortopedisen potilaan preoperatiivista potilasohjausta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mikä on preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa. Aihetta tarkastellaan hoitajan näkökulmasta. Preoperatiivisella potilasohjauksella tarkoitetaan ennen leikkausta tapahtuvaa potilaan ohjausta. Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyö tehdään toimeksiannoksi Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikölle (TuPla), joka on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (myöhemmin HUS) Siltasairaala-hanketta. Meilahteen Kolmiosairaan ja Tornisairaan läheisyyteen rakennettavaan Siltasairaalaan tulee sijoittumaan traumakeskus ja syöpäkeskus (HUS.fi). Tästä opinnäytetyöstä saatavien tulosten avulla Siltasairaala-hankkeen suunnittelussa voidaan ottaa paremmin huomioon potilasohjauksen merkitys ja kiinnittää huomiota potilasohjaukseen käytännön hoitotyössä.

2 Selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan ohjaus

Ohjausprosessin luonteeseen kuuluu ohjauksen tarpeen määrittely, ohjauksen kulun suunnittelu, ohjauksen toteuttaminen sekä lopuksi ohjauksen onnistumisen arviointi ja vaikuttavuus. Tämä ohjausprosessi kuuluu potilaan hoidon jokaiseen vaiheeseen. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 10.) Potilasohjauksella tarkoitetaan tiedon välittämistä potilaalle sekä kaikkea potilaan ohjaukseen, neuvontaan ja opetukseen liittyvää toimintaa (Heikkinen ym. 2006: 121). Potilasohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. Ohjauksessa on huomioitava se, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän ennestään tietää sairaudestaan. On myös huomioitava se, että vastasairastunut potilas saattaa vielä olla kriisivaiheessa, jolloin hän ei välttämättä ole niin vastaanottokykyinen tiedon ja ohjauksen suhteen. (Lipponen ym. 2006: 10.)

Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa suuresti potilaan kokemukseen myönteisellä tavalla. Hyvä ohjaus ei ole pelkästään tarvittavan tiedon antamista potilaalle, vaan tietoa antamalla potilasta rohkaistaan osallistumaan hoitoonsa. Samalla hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. (Lipponen ym. 2006: 10.)

2.1 Preoperatiivinen potilasohjaus

Preoperatiivisella ohjauksella tarkoitetaan sitä, että potilaalle kerrotaan leikkauksesta ja siihen liittyvistä toimenpiteistä, kuten anestesiasta eli nukutuksesta. Preoperatiivinen vaihe alkaa silloin, kun potilas päätetään leikata ja päättyy silloin, kun leikkaus tai anestesia aloitetaan. Preoperatiiviselle ohjaukselle ominaista on, että sitä annetaan suullisesti ja yksilöllisesti käyttäen apuna kirjallista materiaalia (Ervasti 2004: 32.)

Preoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu käydä potilaan kanssa yhdessä läpi leikkaukseen valmistautuminen kotona. Tähän kuuluvat muun muassa psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen valmistautuminen. (Heikkinen 2013.)

Leikkausosastolla tapahtuvasta hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta suurin osa on ohjausta. Potilaalle kerrotaan tapahtumien kulku, kysytään vointia ja tuntemuksia, ohjataan toimenpiteen aikana oikeaan asentoon, kuunnellaan potilaan mielipiteitä ja toiveita sekä keskustellaan mahdollisista peloista. (Ervasti 2004: 36.)

Ervastin (2004) tutkimuksen mukaan potilaan ohjaukseen vaikuttaa ihmisten persoonallisten erojen lisäksi myös se, mihin toimenpiteeseen he ovat tulossa. Myös anestesia-muoto vaikuttaa ohjaukseen, sillä nukutetun ja puudutetun potilaan tarvitsemat potilas-ohjaukset ovat hyvin erilaiset. Nukutettua potilasta ei pysty ohjaamaan toimenpiteen aikana toisin kuin puudutettua potilasta pystyy ja tulee ohjata. (Ervasti 2004: 36.)

Sairaaloilla on omia ohjeita selkäleikkaukseen tulevalle potilaalle. Esimerkiksi HUS:n opas (Liite 4) on kattava tietopaketti selkäleikkaukseen liittyen. Ohjeessa käydään läpi yleisimmät syyt selkäleikkaukseen, kuten välilevytyrä, selkäydinkanavan ahtaus sekä selän nikamien virheasennot. Ohjeessa kerrotaan valmistautumisesta leikkaukseen, leikkausta edeltävästä esikäynnistä ja leikkauksesta toipumisesta. Esikäynnillä potilas tapaa leikkaavan kirurgin, sairaanhoitajan ja tarvittaessa anestesia-[lääkärin](#). Esikäynnillä potilaalle annetaan tarkemmat ohjeet leikkausvalmisteluista ja leikkauspäivän tapahtumista. (HUS.fi)

Toisena esimerkkinä potilasohjeista on Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän potilasohje (Liite 4) selän luudutusleikkaukseen tulevalle. Ohjeessa käydään selkeästi läpi leikkaukseen liittyvät tärkeimmät asiat. (Carea.fi)

2.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö on osa perioperatiivista hoitotyön prosessia. Perioperatiiviseen hoitoprosessiin sisältyy ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: preoperatiivinen (leikkausta edeltävä), intraoperatiivinen (leikkauksen aikainen) sekä postoperatiivinen (leikkauksen jälkeinen) vaihe. (Ahonen ym. 2012: 99.)

Koko hoitoprosessin aikana on hyvin tärkeää taata potilaalle hoidon jatkuvuus. Tämä tarkoittaa niin tiedon välittämistä hoitoprosessin eri vaiheissa kuin potilaan toipumisen ja hoidon tulosten seuranta. Tutkimusten mukaan potilaille tärkeitä asioita ovat hoitoon pääsyn sujuvuus, joustavuus, nopeus, leikkauksen ajallaan suorittaminen, luottamus, kuuntelu ja ”todesta ottaminen”. (Ahonen ym. 2012: 99.)

Preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas päätetään leikata. Yksi tämän vaiheen tärkeimpiä asioita on leikkaukseen valmistautuminen. Potilas valmistautuu leikkaukseen

joko kotona, osastolla tai päivystysosastolla. Preoperatiivinen hoitotyö on mahdollisimman potilaslähtöistä, jolloin potilas otetaan mahdollisuuksien mukaan hoitonsa suunnitteluun mukaan. (Ahonen ym. 2012: 99.)

2.3 Selkäpotilas

Selkäsairauden pääoireena on kipu, joka voi tuntua paikallisesti tai säteillä muualle elimistöön. Kipu aiheuttaa usein lihasjäykkyyttä ja liikkumisen rajoittumista sekä tuntopuutoksia tai tuntoaistimuksen muutoksia. (Hammar 2011: 327.)

Selkäsairauksien ja -kivun ongelmiin on laadittu useita näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, kuten Käypä hoito -suositus Suomessa. Suosituksen tavoitteena on helpottaa alaselkäkipupotilaiden luokittelua sekä parantaa potilaiden toiminta- ja työkykyä. (Käypä hoito -suositus) Suosituksissa selkävaivat on jaettu ajallisesti äkilliseen (akuutti ja subakuutti, alle kolme kuukautta kestänyt selkävaiva), sekä krooniseen (yli kolme kuukautta kestänyt selkävaiva). Lisäksi selkävaivat jaotellaan vakaviin selkäsairauksiin, iskiaskipuun ja epäspesifiseen selkävaivaan. (Lindgren 2005: 196.)

Selkäkivun yksityiskohtainen etiologia jää usein epätarkaksi. Tämän takia kansallisissa ja kansainvälisissä hoitosuosituksissa annetaan enemmän ohjeita oireiden keston kuin oireita aiheuttavan kudoksen mukaan. Äkillinen selkäkipu on usein hyväennusteinen vaiva, joka paranee asiantuntevilla tutkimus- ja hoitotoimenpiteillä. Selkäsairauksien riskitekijöitä ovat muun muassa kuormittava ja yksipuolinen työ, tapaturmat sekä tupakointi. (Lindgren 2005: 182.)

Pitkäaikaista selkäkipua aiheuttavia syitä ovat esimerkiksi välilevytyrä, yliliikkuvuus sekä kasvain. Välilevytyrä on yleisin iskiaskivun syy. Iskiaskipu on selkäkipua, jossa selkärangan kahden nikaman välissä oleva välilevy on syystä tai toisesta menettänyt kimmoisuuttaan, mikä johtaa nikamavälin madaltumiseen ja nikamien rasituksen lisääntymiseen. (Lindgren 2005: 1.)

2.4 Ortopedinen potilas

Ortopediset potilaat jaetaan Suomessa kahteen eri pääryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat niin sanotut klassisen ortopedian potilaat, joilla on tuki- ja liikuntaelimistön

synnynnäisiä epämuodostumia, tulehduksellisia ja suvussa kulkevia luu- ja nivelsairauksia tai lihasten, nivelsiteiden, jänneiden ja nivelkalvon sairauksia. Tähän ryhmään kuuluvat myös osa hermoston ja verisuonten taudeista. Toiseen ryhmään kuuluvat vartalon ja raajojen tapaturmavammapotilaat. Ortopedian avulla pystytään auttamaan tai parantamaan liikuntaelinten, luuston, nivelten ja lihasten virheasentoja. (Rokkanen ym. 2003: 9.)

2.5 Selkä kivun hoito

Selkä kivun hoidossa olennaista on tutkia, mistä kipu johtuu. Kipuanalyysillä kartoitetaan kivun alkamisaika ja -tapa, kivun sijainti, voimakkuus, kesto, kipua pahentavat ja lievittävät tekijät sekä impulssikivut (esimerkiksi aivastaessa tai yskiessä). (Hammar 2011: 327.) Suurimmalla osalla selkäpotilaista kivun syynä on toiminnallinen vaiva, johon voidaan suunnitella konservatiivista hoitoa. Konservatiivisella hoidolla tarkoitetaan tässä yhteydessä potilaan omatoimista lihaskunto- ja ryhti harjoittelua fysioterapeutin ohjeiden mukaan. Vuodelepo ei kuulu hoitoon. Vaivan pitkittyessä oireilu voi johtaa kivun kroonistumiseen ja pysyviin rakenteellisiin muutoksiin. (Lindgren 2005: 181, 198.)

Akuutissa eli lyhytkestoisessa selkä kivussa on tärkeää ohjata potilasta selän toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja painottaa sitä, että akuutti selkäkipu paranee usein itsestään ajan kanssa. (Hammar 2011: 332).

Pitkäaikaista selkäkipua hoidetaan pääosin lihas- ja yleiskuntoa kohentavilla harjoituksilla, joihin voidaan lisätä kireiden lihasten venyttelyä. Hyviä liikuntamuotoja ovat kävely, uinti sekä hiihto. (Lindgren 2005: 181, 198.) Olennaista on myös kertoa potilaalle selkä kivusta ja sen hoidosta, sillä tieto vähentää potilaan ahdistuneisuutta ja edistää toipumista. (Hammar 2011: 331).

Yleisimmin käytetty tuki -ja liikuntaelinvainojen hoitomuoto on kuitenkin lääkehoito. Kansainvälisten tilastojen mukaan Suomessa käytetään eniten tulehduskipulääkkeitä maailmassa asukasta kohdin. Jatkuvaa tulehduskipulääkitystä kannattaa silti harkita tarkasti. Se on perusteltua joissakin sairauksissa, kuten esimerkiksi nivelrikossa. Kovassa, kroonisessa kivussa saatetaan tarvita myös vahvempaa kipulääkitystä, kuten opioideja (esimerkiksi fentanyl, oksikodoni ja morfiini). (Lindgren 2005: 16-17, 198-199.)

2.6 Alaselkävivun ja iskiaksen leikkaushoito

Selkä- ja iskiaskivut paranevat usein spontaanisti. Yli puolet potilaista toipuu noin 6 viikon aikana ja vain noin 10 % iskiaspotilaista joutuu leikkaukseen. Kaikista alaselkäkipuisista potilaista noin 2 %:lla todetaan myöhemmin leikkausta vaativa välilevytyrä. Päätös leikkauksesta voidaan tehdä, jos konservatiivinen hoito ei ole onnistunut, potilaalla on vaikeat kivut, voimattomuutta ja puutumista sekä kävelyn vaikeutumista. (Lindgren 2005: 200-204.)

Välilevytyrän leikkauksessa käytetään nykyisin pääasiassa kahta erilaista menetelmää: niin sanottua perinteistä sekä mikroskooppista leikkausta. Molemmissa menetelmissä tarkoituksena on vapauttaa spinaalihermo pinteestään. Mikroskooppista menetelmää on suosittu nykyään enemmän, sillä on huomattu, että potilaat paranevat nopeammin leikkauksivuista ja sairaalassaoloaika on lyhyt. (Lindgren 2005: 202.)

2.6.1 Elektiivinen leikkaus

Elektiiviseen eli ennalta suunniteltuun leikkaukseen tuleva potilas tulee toimenpiteeseen jonosta ajanvarauksella. Leikkauspäätös voi tulla jo kuukausia ennen operaatiota. Elektiiviseen leikkaustoimintaan kuuluu päiväkirurgia, lyhytjälkihoitoon kirurgia (lyhki-kirurgia) sekä leiko-toiminta. Päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilas tulee sairaalaan leikkauspäivänä ja lähtee jo samana päivänä. Potilaan yleistilan mukaan arvioidaan, onko päiväkirurginen leikkaus sopiva vaihtoehto. Lyhki-kirurgiassa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivänä ja viettää siellä seuraavan yön. Leiko-potilaat tulevat sairaalaan leikkauspäivänä tai jo edellisenä päivänä ja viettävät sairaalassa useamman päivän leikkauksen jälkeen. (Hammar 2011: 11-13.)

2.6.2 Päivystysleikkaus

Päivystysleikkaus tehdään silloin, kun potilas on hengenvaarassa tai hänen toimimismahdollisuutensa huonontuisivat ilman leikkausta. Päivystysleikkauspotilaat asetetaan kiireellisyysjärjestykseen esimerkiksi numeroin 1-5 tai värein punainen, keltainen ja vihreä. Potilas voi tulla leikkaukseen päivystyksestä, osastolta, röntgenistä tai tähytysyksiköstä. (Hammar 2011: 14.)

2.7 Yhteenveto

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yksi suurimmista kipua aiheuttavista pitkäaikaissairauksista Suomessa. Useimmiten kipua lievitetään joko lääkinnällisin keinoin tai fysioterapian avulla, mutta pahimmillaan sairauteen tarvitaan leikkaushoitoa. (Lindgren 2005: 12-18.)

Preoperatiivinen hoitotyö on osa perioperatiivista hoitoprosessia. Preoperatiivisessa hoitotyössä potilaslähtöinen ohjaus on keskeisessä roolissa hoitotyytyväisyyttä mitattaessa. Potilaat arvostavat hoidon jatkuvuutta, kuten myös hoitoon pääsyn sujuvuutta, luottamusta ja kuuntelemista. (Ahonen ym. 2012: 99.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mikä on preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa. Kirjallisuuskatsauksessa keskitytään potilaan saamaan ohjaukseen hoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä hoitajan näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä on:

Mikä on preoperatiivisen ohjauksen merkitys selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa rajatulta alueelta ja vastataan asetettuun tutkimuskysymykseen tai -kysymyksiin. (Johansson ym. 2007: 2). Luotettavien tutkimusten löytäminen ei aina ole helppoa, sillä julkaisuja on todella paljon. (Glasziou ym. 2004: 16). Kirjallisuuskatsaukseen otettaville tutkimuksille määritellään sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Johansson ym 2007: 6). Tässä kirjallisuuskatsauksessa on käytetty taulukossa 1. esitellyjä sisäänotto- ja poissulkukriteerejä.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus julkaistu vuosina 2003-2017	Tutkimus julkaistu ennen vuotta 2003
Tutkimuksen kieli suomi tai englanti	Tutkimuksen kieli joku muu kuin suomi tai englanti
Tutkimus käsittelee selkäpotilaan tai ortopedisen potilaan preoperatiivista ohjausta hoitajan näkökulmasta	Tutkimus käsittelee muuta kuin selkäpotilaan tai ortopedisen potilaan preoperatiivista ohjausta tai muusta kuin hoitajan näkökulmasta
Tieteelliset artikkelit	AMK-opinnäytetyöt
Tutkimusartikkeli saatavilla sähköisesti tai manuaalisesti sekä kokotekstinä	Tutkimusartikkeli maksullinen tai kokotekstiä ei saatavilla

Opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus siitä, mikä on preoperatiivisen potilasohjauksen merkitys selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa. Katsaus on tehty hoitajan näkökulmasta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus kuvaa nimensä mukaisesti viimeaikaista aiheeseen liittyvää tutkimusta sekä tutkimusten laajuutta, syvyyttä ja määrää. (Stolt ym. 2015: 9). Aineistoa kerättiin systemaattisella tiedonhaualla eri tietokannoista, kuten kansainväliset CINAHL ja PubMed sekä kotimainen Medic. Systemaattisella tiedonhaualla tarkoitetaan järjestelmällistä, tarkasti määriteltyä ja rajattua tiedonhakua, joka pystytään toistamaan. (Johansson ym. 2007: 10). Hakusanoina käytettiin muun muassa: preoperative AND patient teaching, patient education AND nurses role, provided information AND surgical patient, preoperative education AND nurse-related, preoperative

AND scoliosis surgery, potilasohjaus, selkäpotilas, preoperatiivinen potilasohjaus. Vuosirajauksena oli 2002-2017. Medic-tietokannasta ei löytynyt yhtään hoitotieteellistä artikkelia aiheesta hoitajan näkökulmasta.

Tietokannoista erilaisilla hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä löytyi tutkimuksia 466. Suurin osa artikkeleista käsitteli aihetta potilaan näkökulmasta. Tutkimusartikkeleita karsittiin ensin otsikoiden perusteella ja sen jälkeen tiivistelmien perusteella. Tutkimuskysymyseen vastaavista artikkeleista luettiin kokotekstit. Analysointiin valikoitui lopulta viisi tutkimusartikkelia. Suurin osa artikkeleista löytyi CINAHL-tietokannasta. Tutkimusartikkelit on esitelty taulukossa 3. Kirjallisuuskatsaukseen päätyneet artikkelit käsittelevät selkäpotilaan sekä ortopedisen potilaan preoperatiivista ohjausta. Yhdessä tutkimuksessa (Walters - Coad 2006) käsitellään lasten preoperatiivista ohjausta. Muut artikkelit käsittelevät aikuisen potilaan preoperatiivista ohjausta. Tiedonhakua tehtiin myös manuaalisesti, esimerkiksi etsimällä tutkimuksia hoitotyön julkaisuista sekä tutkimusten lähdeluetoista.

Kansainvälisistä tietokannoista löytyi paljon tietoa muun muassa preoperatiivisen ohjauksen vaikutuksista postoperatiiviseen jännitykseen, sekä paljon tutkimuksia, jotka käsittelevät preoperatiivista ohjausta potilaan näkökulmasta. Oli hyvin haastavaa löytää artikkeleita, joissa yhdistyi preoperatiivinen ohjaus, selkä- tai ortopedinen potilas sekä hoitajan näkökulma.

Kohderyhmänä tässä opinnäytetyössä ovat Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulossykikkö (TuPla), Siltasairaalahankkeen edustajat sekä HUS:n työntekijät. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää sairaanhoitajat ja muu hoitohenkilökunta sekä alan opiskelijat ja lisäksi opin myös itse lisää hoitajien näkemyksistä selkäpotilaiden hoidosta sekä potilaiden preoperatiivisesta ohjauksesta.

4.2 Aineiston analysointi

Tutkimusta suunniteltaessa on tärkeää miettiä, millä kriteereillä tutkimusaineisto valitaan. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivisuudella tarkoitetaan yksittäisten tapausten havainnointia, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä. Induktiivisessä analyysissä ei analysoida kaikkea tietoa, vaan vastausta haetaan tutkimuksen tarkoitukseen

ja tutkimuskysymykseen. Induktiivinen päättely on useiden lähteiden mukaan yleisin laadullisen tutkimuksen analysointikeino. (Kylmä – Juvakka 2007: 22-23, 113.) Taulukossa 2. on määritelty aineiston analysointia varten alaluokat, yläluokat ja pääluokka.

Taulukko 2. Aineiston analysointi, alaluokat, yläluokat ja pääluokka

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Hoitajan persoonalla vaikutus potilaan ohjaukseen (3)	Kommunikointi ohjauksessa	Ohjauksen laatu	Hoitajien kokemuksia preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä
Suullisen ohjauksen tärkeys (5)			
Yksinkertainen puhe helpompi ymmärtää (1)			
Huono kommunikointi vaikuttaa hoidon laatuun (4)			
Liika tieto voi ahdistaa potilaita, ymmärrys ei riitä kaikkeen tietoon (5)			
Potilasohjaus vähäisempää, jos puhutaan eri kieltä, tiukat aikataulut ja potilaan luona vähentynyt aika (5)			
Hoitajilla eri määrä tietoa, taitoa ja kokemusta (3)			
Erilaisten asioiden priorisointi vaikuttaa ohjauksen laatuun (3)			
Erilaiset kommunikointiharjoitukset voisivat parantaa hoitajien kykyä kommunikoida ja parantaa itsevarmuutta (4)			
Säännölliset koulutukset koetaan tarpeellisiksi (4)			
Teoriassa merkittävimpiä aiheita anestesian yksityiskohdat, leikkauksen yksityiskohdat, postoperatiiviset odotukset (1) (2) (5)	Ohjaus teoriassa		
Teoriassa suosituimmat ohjaustavat suullinen ohjaus, ohjekirjat sekä suullinen ohjaus, jonka apuna kuvat (1)			
Hyödyllisiä apuvälineitä julisteet, infokirjeet ja lelut (4)			
Käytännössä tärkeimpiä aiheita preoperatiivinen valmistelu, postoperatiiviset odotukset, leikkaussaliympäristö (2)	Ohjaus käytännössä		
Käytännössä tärkeintä preoperatiivinen valmistelu, postoperatiiviset odotukset, leikkauksen yksityiskohdat (1)			
Käytännössä ei käytetä apuvälineitä, jotka teoriassa koetaan hyödyllisiksi (4)			
Käytännössä käytetään suullista ohjausta, jonka apuna kuvia (5)			
Eniten käytetään kasvotusten suullista ohjausta sekä suullista ohjausta kuvat apuvälineenä, ohjekirjasta/-vihkoa (2) (5)			
Annetaan riittävästi tietoa leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksen jälkeisistä odotuksista, mutta ei muista osaluokista (5)			
Hoitajat odottavat potilaan kysyvän ja ilmaisevan epäroinnin (5)			
Potilaan pyytäminen toistamaan annettu tieto vähäistä (5)			
Hoitajat kertovat mielestään usein tai aina kaiken tarvittavan (5)			
Annetun ohjauksen määrään vaikuttavat ohjaukseen käytettävä aika, puhuttu kieli ja potilaiden kysymykset (1)			
Ristiriitaisuus hoitajien ja muiden ammattilaisten välillä saattaa olla haittaavaa ja hämmentävää potilaille(4)	Yhteistyö muiden ammattihenkilöiden kanssa	Ohjauksen arviointi	
Ohjauksen tulkitseminen eri tavoin johtaa eritasoiseen hoitoon (3)			
Erikoissairaanhoidajien antama ohjaus koetaan hyvänä, koska heillä tarkempaa tietoa tietystä sairaudesta			
Erikoissairaanhoidajien osallisuus koetaan positiivisena (3)			
Potilaan ymmärryksen arvioiminen (5)	Ymmärryksen arviointi		
Ymmärryksen kysyminen ja ilmeiden avulla arviointi (1)			

5 Tulokset

5.1 Artikkelien kuvailu

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui viisi kansainvälistä tutkimusta, jotka on esitelty taulukossa 3. Tutkimukset on tehty Irlannissa (Fitzpatrick – Hyde 2006), Iso-Britanniassa (Walters – Coad 2006), Kiinassa (Tse – So 2008, Lee – Lee 2012) sekä Singaporessa (Mordiffi – Tan – Wong 2003). Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa tai niiden tuloksissa ei näkynyt suuria eroja. Yhdessä (Walters – Coad 2006) tutkimuksessa käsiteltiin lasten ja nuorten valmistelemista skolioosileikkaukseen hoitajan näkökulmasta. Kahdessa (Lee – Lee 2012, Tse – So 2008) artikkelissa tutkittiin hoitajien käsityksiä teorian ja käytännön eroista preoperatiivisessa ohjauksessa. Yhdessä (Mordiffi – Tan – Wong 2003) artikkelissa tutkittiin potilaiden ja hoitajien käsityksiä siitä, minkälaista preoperatiivisen ohjauksen tulisi olla. Yksi (Fitzpatrick – Hyde 2006) artikkeli käsitteli hoitajien käsityksiä heidän tavallisesta preoperatiivisesta ohjauksesta, jota tapahtuu työssä päivittäin. Kaikki viisi artikkelia olivat saatavilla internetistä verkkodokumentteina. Hakujen perusteella suomalaisia tutkimuksia selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä hoitajan näkökulmasta ei löytynyt. Potilaan näkökulmasta tietoa löytyi enemmän.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimusartikkelit:

1. Lee, Chi-Kong – Lee, Iris F-K 2012. Preoperative Patient Teaching: the Practice and Perceptions Among Surgical Ward Nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 9/2013: 22 (17/18): 2551-2561.
2. Tse, Kar-yee – So, Winnie Kwok-wei 2008. Nurses' Perceptions of Preoperative Teaching for Ambulatory Surgical Patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 9/2008: 63 (6): 619-625.
3. Fitzpatrick, Elizabeth – Hyde, Abbey 2006. Nurse-related Factors in the Delivery of Preoperative Patient Education. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 6/2006: 15 (6): 671-677.
4. Walters, Marie – Coad, Jane 2006. Preparation of Children for Spinal Surgery: an Exploratory Study. <i>Paediatric Nursing</i> 12/2006: 18 (10): 27-29.
5. Mordiffi, Siti Zupaidah – Tan, Seo Peng – Wong, Mei Kin 2003. Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed. <i>AORN Journal</i> 3/2003 vol. 77. No 3: 546-562.

5.2 Preoperatiivisen ohjauksen merkitys

Tutkimuksissa tulokset jakautuivat hoidon laatuun vaikuttaviin asioihin sekä hoidon arviointiin teoriassa ja käytännössä. Kaikissa tutkimuksissa käsiteltiin preoperatiivista ohjausta hoitajan näkökulmasta. Kolmessa tutkimuksessa käsiteltiin ohjausta myös potilaan näkökulmasta sekä vertailtiin hoitajien, potilaiden ja lääkäreiden näkemyksiä ja kokemuksia ohjauksesta.

5.2.1 Hoidon laatu

Tutkimuksista (Fitzpatrick – Hyde 2006, Walters – Coad 2006) käy ilmi, että hoitajan persoonalla on hyvin paljon vaikutusta siihen, minkälaista ohjausta potilaat saavat. Hoitajat saattavat kokemuksensa perusteella arvottaa ohjauksessa eri asioita, joka vaikuttaa ohjauksen laatuun.

I don't think everybody gives the same information. Some nurses are very clear, I suppose, very relaxing as well to speak to a patient, while others mightn't spend enough time. (Fitzpatrick – Hyde 2006: 674.)

Hoitajien kokemukset ja eri määrä tietoa ja taitoa aiheuttavat ohjauksessa epätasaisuutta. Itsevarmuuden puute yhdistettynä kokemattomuuteen johti ohjauksen välttelemiseen, jolloin potilaille ei jäänyt mahdollisuutta kysyä kysymyksiä. Walters – Coad 2006 - tutkimuksessa suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että kommunikaatiotaitojen kehittämällä olisi suora yhteys hoitajien itsevarmuuden kehittymiseen. Kommunikaatiotaitojen säännöllinen koulutus koettiin yleisesti tarpeelliseksi.

So it very much depends on the nurses and how prepared they feel to launch into things. I think people who aren't there as long, and who aren't as qualified, would rather not get involved in the whole questions and answer so they just leave it. You know, if they don't ask, they're not going to go volunteering information. I think that has a lot to do with it and they (patients) may not necessarily be given the opportunity to ask questions. (Fitzpatrick – Hyde 2006: 674.)

Ohjauksen laatuun positiivisesti vaikuttaa yksinkertainen puhe, joka potilaan on helpompaa ymmärtää. Suullisen ohjauksen tärkeys ja kommunikointi korostuvat kaikissa tutkimuksissa. Toisaalta huono kommunikointi vaikuttaa ohjauksen laatuun heikentävästi. Erityisesti kommunikointi korostuu tutkimuksessa, joka käsittelee lasten ja nuorten skolioosipotilaiden preoperatiivista ohjausta.

Hoitajista osan mielestä koulutusta tarvittaisiin enemmän, jotta preoperatiivisen ohjauksen antamiseen olisi paremmat valmiudet. Hoitajien jatkuva itsensä kehittäminen sekä uusien hoitajien perehdyttäminen tiettyyn kirurgiseen alueeseen koettiin tärkeänä.

We should be educated about, you know, what we're supposed to be telling them or not telling them, or what the latest ideas are. I suppose the nurse should be educated in pre-op education, therefore the patients will get proper education then. (Fitzpatrick – Hyde 2006: 675.)

Useat hoitajat kertoivat, että heidän ohjaukseen liittyvä osaaminen oli kehittynyt ajan ja kokemuksen myötä ja he kaipasivat teoretietoa ohjauksen tueksi.

I've never done anything on patient education you know, that kind of thing, formally. It was just picked up as I went along. (Fitzpatrick – Hyde 2006: 675.)

I'd love to know about theories of learning myself... (Fitzpatrick – Hyde 2006: 675.)

Mordiffin ym. 2003 -artikkelissa hoitajat kertovat, että potilasohjaus jää vähäisemmälle, jos hoitaja ja potilas puhuvat eri kieltä. Tiukat aikataulut vähentävät ohjaukseen käytettävää aikaa ja ylipäättään potilaan luona vietetty aika on vähentynyt. Hoitajien mielestä liika tieto voi myös ahdistaa potilaita, koska ymmärrys ei välttämättä riitä kaikkeen annettuun tietoon. Fitzpatrick – Hyde 2006 -artikkelin mukaan eräs haastatelluista on sitä mieltä, että ohjauksessa ei ole tarpeeksi selvää vakioitua mallia, mitä asioita potilasohjauksessa tulisi käydä läpi.

I don't think it's very structured... it's not standardized... So I could give another type of education I think is right and another nurse would give another type of education... So it's not standardized so it is probably fairly informal really. (Fitzpatrick – Hyde 2006: 674.)

Fitzpatrick – Hyden 2006 -tutkimuksessa eräs hoitaja kertoi olevan huolissaan erikoissairaanhoidajien osaamisen heikentävän muiden hoitajien asemaa, koska erikoissairaanhoidajilla on yksityiskohtaisempaa tietoa tietystä sairaudesta. Useat muut hoitajat eivät nähneet asiaa ongelmana, vaan heidän mielestään oli hyvä, että erikoissairaanhoidajat antoivat ohjausta tietyille potilaille. Erikoissairaanhoidajien koettiin myös tarjoavan potilaille heidän tarvitsemaan ohjausta, sillä heillä oli enemmän aikaa ohjata potilaita kuin osaston hoitajilla.

5.2.2 Hoidon arviointi teoriassa ja käytännössä

Teoriassa tärkeintä hoitajien mielestä on kertoa potilaalle anestesian yksityiskohdista, leikkauksen yksityiskohdista sekä postoperatiivisista odotuksista. Nämä mainittiin kolmessa tutkimuksessa (Lee – Lee 2012, Mordiffi ym 2003, Tse – So 2008) hieman eri järjestyksessä. Kaikissa näissä tutkimuksissa anestesian yksityiskohdat mainittiin tärkeimpänä.

Lee – Lee tutkimuksessa löytyi selviä eroja teoriassa tärkeiden asioiden ja käytännön välillä. Teoriassa tärkeänä pidettiin seuraavia kolmea aluetta: anestesian yksityiskohdat, operaation yksityiskohdat sekä postoperatiiviset odotukset. Käytännössä ohjausta annettiin kuitenkin seuraavassa tärkeysjärjestyksessä: preoperatiivinen valmistautuminen, postoperatiiviset odotukset sekä operaation yksityiskohdat. Tilastollisesti merkittäviä eroja löydettiin seuraavissa neljässä aiheessa: operaation yksityiskohdat, preoperatiivinen valmistautuminen, leikkaussalin yksityiskohdat sekä anestesian yksityiskohdat. Liitteessä 1 on esitetty Lee – Leen 2012 -tutkimuksessa tehty Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testi (Wilcoxon signed rank test), jossa verrataan teorian ja käytännön eroja.

Tse – Son -tutkimuksen mukaan kolme tärkeintä preoperatiivisen ohjauksen aihetta olivat anestesian yksityiskohdat, postoperatiiviset odotukset sekä operaation yksityiskohdat. Käytännössä aiheet olivat eri tärkeysjärjestyksessä. Tärkeintä olivat preoperatiivinen valmistautuminen, postoperatiiviset odotukset sekä leikkaussaliympäristö. Liitteessä 2 on esitetty Tse – Son 2008 -tutkimuksen tuloksia teorian ja käytännön eroista McNemarin testin avulla.

Lee – Leen 2012 -tutkimuksessa vertailtiin myös käytettäviä ohjausmenetelmiä. Teoriassa suositut ohjausmenetelmät olivat käytössä myös käytännön ohjauksessa. Kolme suosituinta ohjaustapaa olivat suullinen ohjaus, esitteet sekä suullinen ohjaus kuvien kanssa. Internetohjaus oli vähiten suosittu ja video-ohjaus vähiten käytetty ohjaustapa. Tilastollisesti merkittäviä eroja huomattiin kolmessa ohjaustavassa: esitteet, videot sekä suullinen ohjaus kuvien kanssa. Nämä tavat koettiin teoriassa selvästi tärkeämmäksi kuin käytännössä.

Lee – Leen -tutkimuksen mukaan hoitajien antaman ohjauksen määrään vaikuttavat hoitoon käytettävissä oleva aika, potilaiden puhuma kieli sekä potilaiden esittämät kysymykset. Myös muita ohjauksen perusteellisuuteen vaikuttavia tekijöitä oli, kuten peräkkäiset

operaatiot, lääkärien velvollisuus antaa tietoa sekä odotukset, että potilaat ilmaisevat epäröintinsä.

Mordiffin ym. 2003 -tutkimuksessa vertailtiin potilaiden, hoitajien ja lääkärien näkemyksiä ohjauksen merkittävyydestä. Liitteessä 3 on esitetty Mordiffin ym. 2003 tuloksia ohjauksen merkittävyydestä potilaiden, hoitajien ja lääkärien näkökulmasta. Kyseisessä artikkelissa hoitajat kokivat antavansa riittävästi tietoa leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksen jälkeisistä odotuksista, mutta ei muista osa-alueista, kuten anestesian yksityiskohdista, operaation yksityiskohdista ja leikkaussaliympäristöstä. Samassa tutkimuksessa mainitaan kuitenkin, että suurin osa hoitajista kertoo mielestään usein tai aina kaiken, mitä potilaan tarvitsee tietää.

Käytännön ohjauksessa käytettiin eniten kasvotusten tapahtuvaa suullista ohjausta sekä suullista ohjausta, jonka apuna käytetään kuvia tai kirjallisia ohjeita. Hyödyllisiksi apuvälineiksi koettiin esimerkiksi julisteet, infokirjeet sekä lasten ja nuorten ohjauksessa lelut. Mordiffin ym. 2003 -tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, että hoitajat olettavat liian paljon potilaiden osaavan kysyä kysymyksiä ja ilmaista epäröintinsä. Näin ei kuitenkaan usein käy, joten potilaat eivät välttämättä saa kaikkea tarvitsemaansa tietoa. Hoitajat mainitsevat myös, että liian vähän pyydetään potilaita toistamaan annettu tieto, jotta voitaisiin varmistua, että potilaat ovat ymmärtäneet asian. Toisaalta samassa tutkimuksessa käy ilmi, että osa hoitajista kokee näkevänsä vaivaa saadakseen selville, onko potilas ymmärtänyt asian.

Hoitajien kokemus yhteistyöstä muiden ammattilaisten kanssa saattaa aiheuttaa ristiriitaisuutta ohjauksessa. Preoperatiivisen ohjauksen tulkitseminen monella tapaa eri ammattiryhmien kesken voi johtaa eritasoiseen hoitoon. Tämä voi olla hämmentävää ja haittaavaa potilaalle. Fitzpatrick – Hyden 2006 -artikkelissa erikoissairaanhoitajien antama ohjaus koettiin kuitenkin hyvänä, sillä heillä koettiin olevan tarkempaa tietoa kyseisestä sairaudesta kuin muilla sairaanhoitajilla.

Hoitajien yhdessä vuorossa hoitamien potilaiden lukumäärä vaikutti siihen, kuinka tyytyväisiä hoitajat olivat preoperatiivisen ohjauksen määrään. Lisäksi hoitajat, jotka olivat osallistuneet leikkaus- tai perioperatiivisiin koulutuksiin, olivat tyytyväisempiä preoperatiiviseen ohjaukseen kuin hoitajat, jotka eivät olleet näitä koulutuksia käyneet.

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että hoitajan persoonalla on suuri merkitys hoidon laatuun. Samaan tulokseen on tultu esimerkiksi Ervastian 2004 tutkimuksessa. Lisäksi laatuun vaikuttavat hoitajan kokemukset sekä tieto ja taito. Tulokset vahvistavat myös käsitystä siitä, että preoperatiivista ohjausta annetaan pääasiassa suullisesti ja hyvää kommunikointikykyä painotettiin kaikissa tutkimuksissa. Erityisesti sitä painotettiin tutkimuksessa, jossa käsiteltiin lasten preoperatiivista ohjausta (Walters – Coad 2006.) Kyseisessä tutkimuksessa myös potilaan vanhemmat tai huoltajat tuli huomioida ja ohjaukseen saatettiin käyttää eri menetelmiä kuin aikuisten ohjauksessa, kuten muun muassa leluja. Muuten potilasohjaus ei juurikaan eronnut aikuisille annettavasta potilasohjauksesta.

Hoitajien viettämä aika potilaiden luona vähentyy koko ajan ja aikataulut tiukentuvat. Hoitajien pitäisi silti pystyä antamaan hyvää ja laadullista ohjausta potilaille. Lipposen ym. 2006: 10.) mukaan potilasohjauksen lähtökohtana on potilaan tarpeet ja on huomioitava se, miten vastaanottavainen potilas tilanteessa on. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan hoitajat olettavat, että potilaat kysyvät hoitajilta, jos joku asia jää epäselväksi ja että potilaan kehonkielestä pystyisi päättelemään, onko tämä ymmärtänyt annetun tiedon. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole. Tutkimuksista ilmeni, että selkeitä ohjeita preoperatiiviseen ohjaukseen ei ole tehty. Tätä varten olisikin järkevää määritellä ohjeet, joiden mukaan potilasohjausta annetaan. Näin potilaat saisivat tasavertaisempaa ohjausta ja tarpeellinen tieto tulisi käytyä läpi. Tutkimuksissa ilmeni, että hoitajan ja potilaan puhussa eri kieltä, jää potilasohjaus vähäisemmäksi.

Hoitajien mielestä teoriassa ja käytännössä tärkeät asiat poikkesivat melko paljon. Teoriassa hoitajat pitivät tärkeänä kertoa potilaalle anestesian yksityiskohdista, leikkauksen yksityiskohdista sekä postoperatiivisista odotuksista. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa, jotka käsittelivät aihetta, anestesian yksityiskohtia pidettiin tärkeimpänä. Käytännön ohjauksessa anestesian yksityiskohdat jäivät selvästi vähemmälle huomiolle kuin teoriassa, vasta neljänneksi ja viidenneksi tärkeimmäksi.

Hoitajat kokivat antavansa riittävästi tietoa leikkaukseen valmistautumisesta ja postoperatiivisista odotuksista, mutta ei muista osa-alueista, kuten anestesian yksityiskohdista,

leikkauksen yksityiskohdista ja leikkaussaliympäristöstä. Tämä tukee tietoa siitä, että hoitajat pitävät teoriassa anestesian yksityiskohtia tärkeimpänä, mutta eivät käytännössä kerro siitä tarpeeksi. Samassa tutkimuksessa mainitaan kuitenkin, että suurin osa hoitajista kertoo mielestään usein tai aina kaiken, mitä potilaan tarvitsee tietää.

Tulosten mukaan ohjauksessa saattaa aiheutua ristiriitaisuutta eri ammattiryhmien ohjauksen myötä. Preoperatiivisen ohjauksen tulkitseminen monella tapaa eri ammattiryhmien kesken saattaa aiheuttaa ristiriitaisuutta ja johtaa eritasoiseen hoitoon. Tästä voi olla haittaa potilaalle. Fitzpatrick – Hyden 2006, tutkimuksessa erikoissairaanhoitajien antama ohjaus koettiin silti hyvänä, sillä erikoissairaanhoitajat ovat tarkemmin syventyneet tiettyyn sairauteen ja heillä on siitä tarkempaa tietoa kuin muilla sairaanhoitajilla.

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä etsittiin olemassa olevia potilasohjeita selkä- tai ortopediseen leikkaukseen tulevalle. Liitteessä 4 on esitelty HUS:n ohje (2016) selkäleikkaukseen tulevalle. Siinä on hyödyllistä tietoa leikkaukseen liittyen. Liitteessä 4 on esitelty myös Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carean potilasohje (2011) selän luudutusleikkaukseen tulevalle. Ohjeessa käydään selkeästi läpi leikkaukseen liittyvät tärkeimmät asiat.

6.2 Eettisyys

Eettisten kysymysten pohdinta on hyvin tärkeää tutkimus- ja opinnäytetyötä tehtäessä. Jos työssä ei tarkastella eettisyyttä kriittisesti, ei työtä voida pitää luotettavana. (Kylmä – Juvakka 2007: 67-68.)

Eettisyys on erittäin merkittävää tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa sekä käytetään ihmistä tietolähteenä. Kaikki terveystieteet, kuten myös sosiologia, kasvatustieteet ja psykologia, ovat inhimillistä toimintaa tutkivia tieteidenaloja. (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 362.)

Ihmistä tutkittaessa eettiset periaatteet, kuten henkilön itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus sekä yksityisyyden kunnioittaminen, ovat tärkeimmässä roolissa. Itsemääräämisoikeus toteutuu muun muassa siten, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista sekä siten, että henkilölle kerrotaan mahdollisuudesta keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Jotta henkilö voi päättää osallistumisestaan, hänen tulee

saada riittävästi tietoa tutkimuksesta. Vahingoittumattomuus taataan muun muassa huolehtimalla luottamuksellisten tietojen suojaamisesta. Yksityisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan ensikädessä sitä, että tutkimukseen osallistuvalla on oikeus päättää siitä, mitä tutkimustietoa hän itsestään antaa sekä sitä, että henkilöä ei voida tunnistaa annetun tiedon pohjalta. (Kuula 2006: 60-64.)

Opinnäytetyössäni käsitellään potilasohjausta. Potilasohjaus perustuu aina vuorovaikutukseen hoitajan ja potilaan välillä. Vuorovaikutuksessa on läsnä ainakin kaksi eettistä näkökulmaa ja sen takia ohjauksessa ollaan aina tekemisissä etiikan kanssa. Nämä näkökulmat ovat ammattilaisen eli hoitajan sekä potilaan tai ohjaukseen osallistuvien omaisten eettiset näkemykset. Hoitajan eettisiä näkemyksiä ohjaavat hoitotyötä määrittelevät lait ja asetukset sekä terveydenhuollon eettiset periaatteet sekä ammattietiikka. Lisäksi ohjaukseen vaikuttavat hoitajan ja potilaan omat henkilökohtaiset etiikankäsitykset. (Lipponen ym. 2006: 6.)

6.3 Luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Luotettavuuden arvioinnilla tarkastellaan sitä, miten totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on tuotettu. Jotta tutkimusta pystytään hyödyntämään, on sen luotettavuuden arviointi välttämätöntä. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.) Opinnäytetyöhön on etsitty tutkimuksia kansainvälisesti käytetyistä hoito- ja lääketieteen tietokannoista. Lisäksi on pyritty käyttämään luotettavia lähteitä ja pyritty noudattamaan tarkkuutta opinnäytetyön eri vaiheissa. Haku- vaiheen kuvaus on esitetty kohdassa aineiston keruu ja kohderyhmä.

Aineistoa kerätessä on tärkeää suhtautua aineistoon kriittisesti. Hoitotyössä käytettävä tekniikka ja terveydenhuollon käytänteet kehittyvät kovaa vauhtia. Jotta tutkimustietoa voidaan pitää luotettavana, tulisi aineiston keruussa huomioida sen ikä. Lisäksi tulisi käyttää ainoastaan alkuperäislähteitä, jotta esimerkiksi väärin tulkitut tulokset eivät siirry omaan tutkimukseen. (Kankkunen - Vehviläinen - Julkunen 2009: 70-71.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty tutkimuksia, jotka ovat vuosilta 2003-2012. Vanhimmissa tutkimuksissa saattaa olla jo vanhentunutta tietoa, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tulosten luotettavuuteen heikentävästi vaikuttaa myös se, että kirjalli-

suuskatsauksen analyysi on tehty yksin. Kirjallisuuskatsauksessa tulisi olla kaksi rinnakkaislukijaa. (Khan ym 2011: 48). Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyö on tarkastettu Turnitin -plagiointiohjelmalla.

Hyvä kirjallisuuskatsaus käsittelee sitä, mitä kyseisestä ilmiöstä tiedetään ennestään. Kirjallisuuskatsaus ei keskity siihen, kuka on tutkinut ja milloin, vaan mitä on tutkittu ja miten tieto on tuotettu. Aikaisemman tutkimustiedon analysointi täytyy tehdä kriittisesti ja perustellusti, jotta kirjallisuuskatsausta voidaan pitää luotettavana. (Kylmä – Juvakka 2007: 46.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla mitataan tutkimuksen tulosten pysyvyyttä eli tutkimusmenetelmän kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia.

(Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 152, 156.)

Opinnäytetyössä oli haastavaa löytää tarpeeksi paljon luotettavaa tutkimustietoa preoperatiivisen ohjauksen merkityksestä selkäpotilaan ja ortopedisen potilaan hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta löytyi kuitenkin tarpeeksi monta tieteellistä artikkelia.

Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Carea.fi. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Verkkodokumentti. <<http://www.carea.fi/import/.3.%20Potilasohjeet/Kirurgia/Ortopedia/210415%20Sel%C3%A4n%20luudutusleikkaus.pdf>>. Luettu 1.4.2017.

Ervasti, Tytti-Maarit 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Pro gradu. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Glasziou, Paul – Irwig, Les – Bain, Chris – Colditz, Graham 2004. Systematic Reviews in Health Care. A Practical Guide. Cambridge: Cambridge University Press.

Hammar, Anne-Marja 2011. Kirurgian perusteet. WSOYpro Oy.

Heikkinen, Katja 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Verkkodokumentti. Terveysportti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 5.12.2016.

Heikkinen, Katja – Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena – Rankinen, Sirkku – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. Hoitotiede. Vol 18, no 3/-06

HUS.fi. Selkäleikkaus. Opas potilaalle. Verkkodokumentti <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/toolonsairaala/osastot/osasto_2/Documents/Selk%C3%A4potilaan%20opas%202016.pdf>. Luettu 1.4.2017.

HUS.fi. Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Sivut/default.aspx>>. Luettu 13.10.2016.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna, Ääri, Minna-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Khan, Khalid – Kunz, Regina – Kleijnen, Jos – Antes, Gerd 2011. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine. Lontoo. Hodder and Stoughton Ltd.

Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Marja – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito -suositus. 2016. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>>. Luettu 7.10.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Luku 2 § 3. Luettu 13.10.2016

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Lindgren, Karl-August 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rokkanen, Pentti – Avikainen, Veikko – Tervo, Tapio – Hirvensalo, Eero – Kallio, Pentti – Kankare, Jyrki – Kiviranta, Ilkka – Pätäälä, Hannu 2003. Käytännön ortopediaa. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Juvenes Print.

Wilcoxon merkittyjen sijalukujen testi (Wilcoxon signed rank test)
(Lee – Lee 2012)

Table 2 Comparing the perceived prominent areas of preoperative teaching and reported actual practice in patient education

Types of preoperative teaching	Mean score for perceived importance (SD)	Mean score for actual practice (SD)	<i>z</i> score	<i>p</i> -value Sig.(2-tailed)
Details about the operation	3.61 (0.46)	3.17 (0.80)	−4.27	<0.001*
Preoperative preparation	3.49 (0.50)	4.10 (0.84)	−5.67	<0.001*
Operating theatre environment	2.82 (0.62)	2.26 (0.92)	−5.01	<0.001*
Postoperative expectations	3.54 (0.56)	3.33 (0.85)	−1.92	0.054
Details about anaesthesia	3.92 (0.66)	2.53 (0.73)	−7.28	<0.001*

*By the Wilcoxon signed-ranks test, statistically significant differences ($p < 0.05$) were detected between the perceived prominent areas of preoperative teaching and reported actual practice in patient education.

(Lee – Lee 2012: 2555.)

**McNemarin testi teorian ja käytännön eroista
(Tse – So 2008)**

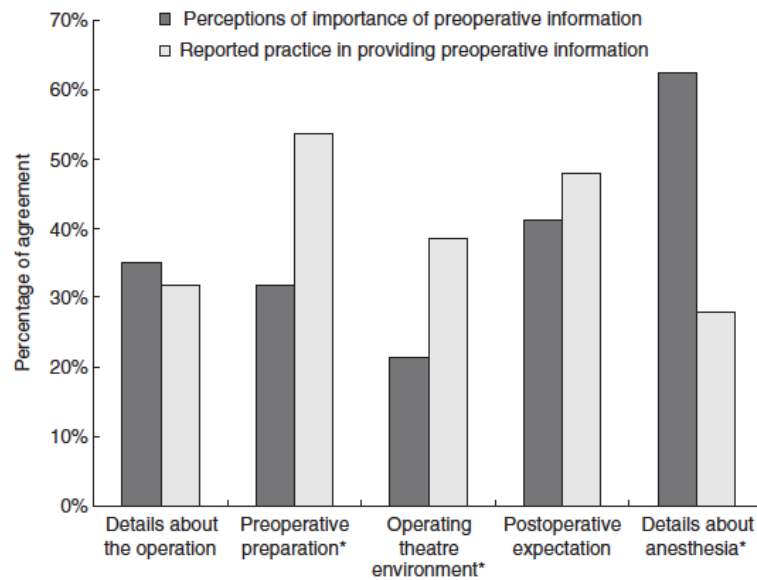


Figure 1 Comparing perceptions of the importance of preoperative information and reported practice in giving information. *McNemar test was used to test any statistically significant differences ($P = 0.001$) between reported practice of information delivery and preferences for information provision methods.

(Tse – So 2008: 622.)

Preoperatiivisen ohjauksen merkitys

PREOPERATIVE INFORMATION PERCEIVED TO BE VERY OR EXTREMELY IMPORTANT						
	Patients (n = 67)		Nurses (n = 167)		Physicians (n = 73)	
	Number	Percentage	Number	Percentage	Number	Percentage
Details of anesthesia	39	58.2	82	49.1	33	45.2
Details of the procedure	24	35.8	62	37.1	30	41.1
OR environment	23	34.3	44	26.3	8	11.0
Postoperative expectations	20	29.9	59	35.3	14	19.2
Preoperative preparation	13	19.4	45	26.9	3	4.1

Mordiffi ym. 2003: 554.

Potilasohjeita selkäleikkaukseen tulevalle





Tervetuloa
selkäleikkaukseen
Töölön sairaalaan.

Tämän oppaan tarkoituksena on auttaa sinua valmistautumaan tulevaan selkäleikkaukseen ja kannustaa itsehoitoon jo ennen leikkausta.

1

Sisältö	
Johdanto	4
Välielvytyrä	4
Stenoosi	4
Luudutus	5
Riskit	6
Valmistautuminen leikkaukseen	7
Yleiskunto	7
Liikunta	7
Liikuntaharjoitteita ennen ja jälkeen leikkauksen	10
Painonpudotus ja ravitseminen	13
Päihteiden käyttö ja tupakointi	13
Leikkausta edeltävä käynti	14
Leikkausajan peruminen	14
Kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen	15
Leikkauksenjälkeiset rajoitukset ja apuvälinetarve	16
Apuvälinepalvelujen osoitteet ja yhteystiedot:	17
Kartta ja saapuminen Töölön sairaalaan	18
Muistiinpanoja	19

2

Johdanto

Sinulle on suunniteltu selän leikkaus. Tämän oppaan tarkoituksena on auttaa sinua valmistautumaan tulevaan selkäleikkaukseen.

Tavallisimmat syyt selän leikkaukseen ovat välilevytyrä, selkäydinkanavan ahtaus ja eri syyistä johtuvat selän nikamien virheasennot. Selkärangan alueen leikkaukset tehdään nukutuksessa ja haava tulee useimmiten selkään.

Välilevytyrä

Välilevytyrä johtuu lanneselän välilevyjen rappeumasta. Kun rappeutumiset välilevyn seinämässä lisääntyvät, voi välilevyn sisältö purkautua seinämän läpi muodostaen tyrän, joka aiheuttaa hermojuuren puristuksen. Tämän seurauksena syntyy hermosäteily - eli iskiaskipu alaraajaan.

Suurin osa välilevytyristä paranee itsestään muutaman kuukauden kuluessa. Leikkaushoito tulee kyseeseen kivun pitkittyessä tai akuutisti, jos oireet ovat niin vaikeita, ettei voida jäädä odottamaan spontaania paranemista (erityyppiset halvausoireet, virtsaamiskyvyttömyys tai sietämätön kiputila).

Välilevytyrän leikkaus tehdään mikroskooppivälineillä pienestä viillosta. Toimenpiteessä poistetaan pullistava välilevyn osa ja vapautetaan hermojuuren pinne. Tavallisesti leikkauksen jälkeen kotiudutaan

seuraavana päivänä. Raskaita nostoja ja voimakkaita selän taivutuksia suositellaan välttämään 4-6 viikkoa.



Stenoosi

Spinaalistennoosi eli selkäydinkanavan ahtaus johtuu yleensä selkärangan rappeutumisesta ikääntymisen myötä. Selän rappeutuessa rangan pikkunivelet paksuuntuvat ja nikamavälilevy työntyy selkäydinkanavaan päin.

Oireena voi olla kipusäteilyä ja puutumista selästä alaraajoihin. Pa-

himmillaan alaraajoihin voi ilmaantua voimattomuutta, ja virtsantulo sekä ulosteen pidätyskyky voivat heikentyä. Oireet pahenevat yleensä pystyasennossa ja helpottavat rangan taipuessa etukumaraan esim. istuessa.

Spinaalistennoosi aiheuttaa usein ns. katkokävelyoiretta. Katkokävely johtuu hermorakentelden kuormituksen alkaisesta puristuksesta selkäydinkanavassa.

Lannerangan spinaalistennoosin esiintyvyys kasvaa iän myötä, ja joka toisella yli 60-vuotiaalla voidaan kuvantamistutkimuksissa todeta ahtaumaa lannerangassa. Pienellä osalla potilaista oireilu lisääntyy ajan myötä ja tuolloin harkitaan leikkaushoitoa.

Dekompressio- eli hermojen vapautusleikkauksessa poistetaan nikamien takaosia niin, että saadaan riittävästi tilaa hermojuurille. Toimenpide tehdään erilaisilla leikkaustekniikoilla potilaan anatomiasta riippuen. Osa dekompressioleikkauksista tehdään mikroskooppivälikäyttöä.

Leikkaus voidaan tehdä tarvittaessa useampaan väliin ja toimenpiteen laajuus luonnollisesti vaikuttaa toipumisen alkatauluun. Yhden nikamavälän avarrusleikkauksen jälkeen kotiudutaan usein seuraavana päivänä. Raskaita nostoja ja voimakasta selän taivutuksia suositellaan välttämään 4-6 viikkoa.

Luudutus

Luudutusleikkaukseen päädytään silloin, kun oletetaan valkean paikallisen selkävun johtuvan viallisen nikamavälän liikkeestä sekä silloin, kun on tarve korjata selkärangan virheellistä asentoa tai estää virheasennon paheneminen. Yleensä luudutusleikkaus liittyy hermojuurten vapautustoimenpiteeseen.

Luudutusleikkauksen tavoitteena on valittujen nikamaväliden jäykistämisen liikkumattomiksi. Kyseessä voi olla yksi tai useampi väli.



5

Luudutusleikkauksessa tehdään luunsiirto, jossa käytetään ensisijaisesti potilaan omaa luuta. Luu saadaan hermovapautusleikkauksen yhteydessä poistettavista nikamaosista. Tarvittaessa käytetään lisäksi keinotekoisia luuta. Lähes aina käytetään metallisia kiinnitysovia, yleensä titaanisista ruuveja ja tankoja sekä tarvittaessa nikamavälilin laitettavia kehikoita. Näitä kiinnittimiä ei myöhemmin poisteta ilman erityistä syytä.

Haavan vierestä tulee ulos yleensä 1–2 ohutta laskuputkea, joiden tarkoitus on poistaa leikkausalueelta sinne kertyvä verenvuoto ensimmäisen vuorokauden ajan.


Luudutusleikkaus kestää toimenpiteen laajuudesta riippuen 2–8 tuntia. Osastolta kotiudutaan 3–5 päivän kuluttua. Raskaita nostoja ja voimakkaita selän taivutuksia tulee välttää yleensä 3 kuukautta.

Riskit

Kaikkeen leikkaustoimintaan liittyy riskejä. Leikkausalueen tulehdus voidaan lievänä hoitaa suun kautta otettavalla antibioottilääkkeellä, mutta joskus tarvitaan uusintaleikkaus.

Pienellä osalla potilaista hermostus ei helpota vaikka hermojuuret saataisiinkin vapautettua. Luudutusleikkausten jälkeen kiinnityslaitteiden irtoaminen tai hajoaminen voi johtaa uuteen leikkaukseen.

Hyvällä leikkausta edeltävällä valmistautumisella on mahdollista pienentää kaikkia näitä riskejä.



Leikkauksen tavoitteena on lievittää kipua ja puutumisoireita sekä parantaa toimintakykyä

Valmistautuminen leikkaukseen

Sitoutuminen omaan hoitoon ja motivaatio itsensä hoitamiseen jo ennen leikkausta edesauttaa kohti parempaa terveyttä ja toimintakykyä sekä selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen.

Tervelden elintapojen noudattaminen ja liikkuminen säännöllisesti kivun sallimissa rajoissa odotusalkana auttavat sinua leikkauksesta toipumisessa.


Yleiskunto

Ennen leikkausta yleiskuntosi on oltava riittävän hyvä, jotta kestät ison leikkauksen aiheuttaman rasituksen. Mahdollisten perussairauksien (mm. diabetes, verenpainetauti) on oltava hallinnassa ja mahdolliset tulehdussairaudet (esim. virtsatietulehdus tai ientulehdus) on hoidettava kuntoon ennen leikkausta.

Hampaiden ja suun limakalvojen kunnon arviointi ennen leikkausta on tärkeää erityisesti silloin, jos sinulle tehdään selän luudutusleikkaus. Leikkauksessa laitetut vierasesineet, esimerkiksi proteesit tai muut metallikiinnitykset, ovat alttiita hammasperäiselle tulehdukselle. Kehotamme ottamaan näissä asioissa yhteyttä omaan lääkäriin leikkausta odottaessasi.

Leikkausalueella oleva ihorikko tai ihottuma vaativat yleensä siirtämään suunniteltua leikkausta, jon-

ka vuoksi ne tulee hoitaa kuntoon hyvissä ajoin ennen leikkausta.



Oma aktiivinen otteesi edesauttaa leikkauksesta paranemista ja kuntoutumista!

Liikunta

On tärkeää, että yrität ylläpitää toimintakykyäsi liikkumalla säännöllisesti kipujen sallimissa rajoissa ja itsellesi sopivalla tavalla. Tämä edistää toipumistasi leikkauksen jälkeen.

Voit liikkua monella tavalla, mm. kävellä, sauvakävellä, vesijuosta tai -voimistella, uida, tehdä lihaskuntoharjoitteita tai hyötyliikkua. Kipujen ollessa kovat voit annostella liikuntaa ja liikkumista pieniin osiin. Jo 10 minuutin reipas kestävyystyyppinen liikunta, jota kertyy viikossa 2 tuntia 30 min, edistää terveyttä.

Ohjeita ja neuvoja keskivartalon lihasten vahvistamiseen ja

liikkumiseen saat mm. oman alueen terveyskeskuksen fysioterapiasta. Helsinkiläisillä ja espoolaisilla on mahdollisuus saada yksi ohjaus- ja neuvontakäynti ilman lääkärin lähetettä.

- **Espoon** kaupungin fysioterapian ajanvaraus
p. 09 816 36000
ma-pe klo 8.30–11.30 ja
klo 12–15
- **Helsingin** kaupungin fysioterapian ajanvaraus:
p. 09 310 67000, ma-pe
klo 8–15
- **Vantaan** kaupungin fysioterapian ajanvaraus:
p. 09 8392 2193
ma-pe klo 9–11.

Säännöllinen liikunta

- ehkäisee selkävaivojen uusiutumista
- ehkäisee selkävaivojen kroonistumista
- auttaa selkävaivoista kärsivää ylläpitämään toimintakykyään
- ylläpitää ja kehittää selkälihasten voimaa, kestävyyttä, koordinaatiota ja reaktiokykyä
- vilkastuttaa verenkiertoa selän rakenteissa.

Harrasta monipuollista liikuntaa säännöllisesti useita kertoja viikossa. Muun liikunnan ohella on syytä harjoittaa 1–2 kertaa viikossa erityisesti keskivartaloa.

Harrasta liikuntaa, joka kehittää keskivartalon lihasten hallintaa, ylläpitää rangan liikkuvuutta ja antaa hyvän mielen.

Selälle hyviä liikuntamuotoja ovat muun muassa kuntopiiri, jossa tehdään vatsa- ja selkälihasliikkeitä, sekä keppijumppa, jossa liikkeitä tehdään keskivartalolla.

Erityisesti keskivartalon harjoittamiseen suunniteltuja ohjattuja tunteja on tarjolla useissa kuntokeskuksissa. Tärkeintä on valita lajeja, joista nautit.

Huomioitavaa

Liikunta ei yksin ehkäise selkävaivoja, mutta sillä on merkitystä yhdessä muiden terveellisten elämäntapojen kuten terveellisten ruokailutottumusten, painonhallinnan, tupakoinnattomuuden ja stressin välttämisen kanssa.

Liikunta auttaa ylläpitämään toimintakykyä silloin, kun selkäkipu toistuu usein tai pitkittyy.

Aloita liikunta rauhallisesti. Lisää liikuntakertojen määrää ja kestoja vähitellen.



Muista hyvä nostotekniikka!

Voit säästää selkääsi, kun opettelet oikeat työasennot ja oikean nostotekniikan.

Pidä taakka lähellä vartaloasi ja nosta selkä suorana, jalkojen voimaa käyttäen. Jännitä vatsalihakset vetämällä napaa kohti selkärankaa, ennen kuin nostat taakan.



9

Liikuntaharjoitteita ennen ja jälkeen leikkauksen



Sauvakävely tehostaa kävelyä tai sauvoista saa tukea tarvittaessa.



Kyykky kehittää kehonhallintaa ja lisää alaraajojen voimaa.



Kuntopyöräily ylläpitää ja parantaa yleiskuntoa.



Porraskävely on mainio arkiliikunnan muoto. Hyödynnä portaat.

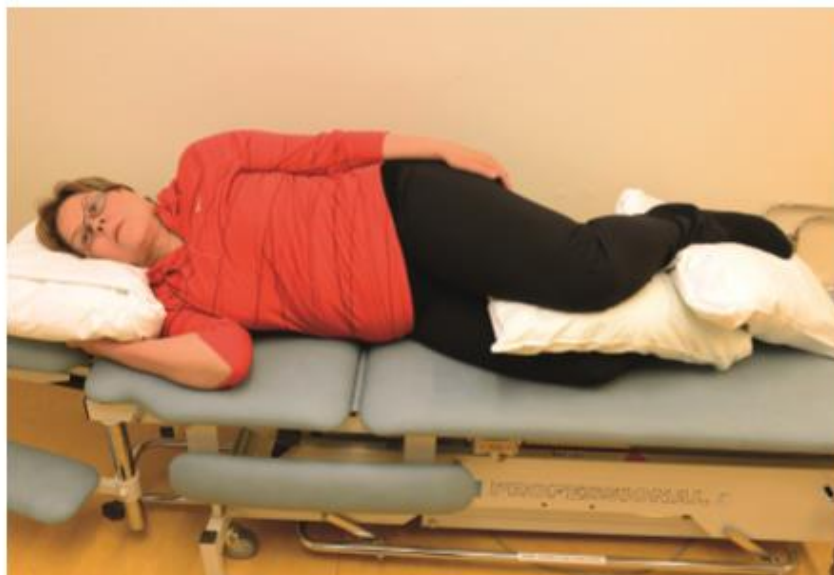


Pohjelihaksen venytys parantaa nilkan liikkuvuutta kävellessä.

Lisäohjeita sinulle:



Selän lepuutus selinmakuulla. Selän lepoasentojen tarkoituksena on rentouttaa ja lievittää kivun tunnetta selän alueella.



Selän lepuutus kylkiasennossa. Halutessasi voit pitää alemman jalan suorana.

Painonpudotus ja ravitsemus

Huomattava ylipaino vaikeuttaa leikkauksen suorittamista, lisää riskiä haavaongelmiin ja voi pitkittää toipumisaikaa. Hyvä kunto ja terveellinen ja monipuolinen ravinto ennen leikkausta parantavat leikkaustulosta ja nopeuttavat toipumista.

Proteiinien, hiilihydraattien, vitamiinien ja kivennäisaineiden merkitys korostuu leikkauksesta toipumisessa. Ne vaikuttavat mm. haavan paranemiseen.

Ohjeita ruokavalioon ja laihduttamiseen voit kysyä omasta terveyskeskuksesta ja katsoa internetistä. Myös HUS:n Terveyskylä-portaalissa sijaitseva Painonhallintatalo.fi auttaa voi olla sinulle tueksi.

Päihteiden käyttö ja tupakointi

Vältä alkoholin käyttöä ennen leikkausta, sillä alkoholi lisää leikkaukseen liittyvien jälkiongelmien riskiä. Useimmat alkoholin aiheuttamat muutokset korjaantuvat kokonaan tai osittain 1-2 kuukauden raittiuden aikana.

Tupakointi heikentää haavan paranemista ja luutumista. Tupakoinnin lopettaminen viimeistään 4-8 viikkoa ennen leikkausta edistää haavan paranemista ja vähentää leikkauksen jälkeisiä ongelmia.

Tupakoinnin lopettamista voidaan tukea nikotiinikorvaushoidolla, vieroituslääkkeillä ja henkilökohtaisella neuvonnalla.

Muiden päihteiden käyttö tulee lopettaa ennen leikkausta. Niillä on vaikutusta mm. anestesia-aineiden käyttöön ja toimivuuteen.

Terveyskeskukset tarjoavat asiakkailleen paljon erilaista terveysneuvontaa.

Tiedustele palveluita omasta terveyskeskuksesta tai tutustu tarjontaan internetissä.

www.hel.fi/hki/Terke/fi/Itsehoito

www.vantaa.fi/omahoito

www.espoo.fi/omahoito

www.käypähoito.fi

selkäliitto.fi/selkäkanava

www.painonhallintatalo.fi

Leikkausta edeltävä käynti

Kun leikkauuspäätös on tehty, sinut asetetaan leikkausjonoon. Hoitotakuu on kuusi kuukautta, mikä tarkoittaa sitä, että sinulle on järjestettävä leikkauksaika kuuden kuukauden sisällä jonoasettamispäivästä.

Jonotilanteen tiedusteluja varten on erillinen puhelinaika arkisin klo 10-12, muina aikoina emme vastaa jonotiedusteluihin.

Lähetämme kutsukirjeen leikkaukseen postitse. Mukana on myös aika leikkausta edeltävälle esikäynnille, jolla tapaavat leikkaavan kirurgin, sairaanhoitajan ja tarvittaessa anestesia-
lääkärin.

Esikäynnin tarkoituksena on varmistaa, että suunniteltu leikkaus

on edelleen aiheellinen, ja samalla varmistetaan leikkauksekelpoisuutesi. Saat tarkemmat ohjeet leikkauksen valmisteluista ja leikkauspäivän tapahtumista.

Leikkauksajan peruminen

Mikäli haluat perua sinulle varatun leikkauksajan joko terveydellisistä tai muista henkilökohtaisista syistä, ei sairaalaa enää sido kuuden kuukauden hoitotakuu. Suunnitella oleva toimenpide siirretään myöhempään ajankohtaan, ja pyritään neuvottelemaan molemmille osapuolille sopiva seuraava ajankohta.



Jonotiedustelut:
arkisin klo 10-12
p. 050 413 3815

**Annetun leikkausajan
peruminen:**
arkisin klo 10-12
p. 050 413 3815

Kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen

Leikkausta odottaessasi sinun on hyvä suunnitella jo valmiiksi kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen - esimerkiksi kaupassa käyntiä, ruuan laittoa, siivoamista ja peseytymistä.

Avuntarvetta ja -saantia on hyvä arvioida jo etukäteen. Läheisten tuki on tärkeää kotiutumisen jälkeen.

Saat kotiutuessasi ohjeet mm. haavanhoidosta ja liikkumisesta.



Leikkauksenjälkeiset rajoitukset ja apuvälinetarve

Eri selkäleikkauksien jälkeen ohjeet ja rajoitukset ovat erilaisia:

- Luudutusleikkauksen jälkeen selän taivutus- ja kiertoliikkeet ovat kiellettyjä 3 kuukauden ajan.
- Muiden selkäleikkauksien jälkeen rajoitukset ovat lievempiä ja lyhytkestoisempia.

Hyvä lihaskunto ja toimintakyky auttavat sinua selviytymään päivittäisistä toiminnoista, vaikka selkää ei saa taivuttaa.

Vuodeosaston fysioterapeutti neuvoa sinua apuvälineasioissa. Riippuen leikkauksen jälkeisistä rajoituksista ja omasta toimintakyvystäsi, saatat tarvita kotona selviytymiseesi apuvälineitä. Mikäli tarvitset niitä, voit lainata ne oman kuntasi apuvälinelainaamosta, se on maksutonta.

Tavallisimmat selkäleikatun potilaan apuvälineet ovat

- WC-istuimen korotus
- sulhkutuoli
- sängyn jalkojen korotukset
- tarttumapöydät
- sukanvetolaite.

Mikäli olet normaalipituinen eikä sinulla ole ongelmia alaraajojen nivelten kanssa, saatat pärjätä hyvin ilman em. apuvälineitä.



16

Apuvälinepalvelujen osoitteet ja yhteystiedot:

HELSINKI:

- Laakso Lääkärinkatu 8 V, 00250 Helsinki
p. 09 310 47589
- Kontula Ostoskuja 4, 00940 Helsinki
p. 09 310 47589

ESPOO:

- Olari Pihatörmä 1 A, 02240 Espoo
p. 09 816 42370

VANTAA:

- Koivukylä Karsikkokuja 15, 01360 Vantaa
p. 09 839 25449
- Myyrmäki Jönsaksentie 4, 01600 Vantaa
p. 09 839 35342

Apuvälinelainaamot ovat yleensä terveyskeskusten fysioterapiayksiköiden yhteydessä. Apuvälineiden lainaamiseen ei tarvita lähetettä.

Kartta ja saapuminen Töölön sairaalaan



Suosittellemme saapumaan julkista liikennettä käyttäen. Lähimmät julkisen liikenteen pysäkit sijaitsevat Topeliuksenkadulla.

Pääsisäänkäynnin edustalla ja Sibeliuksenkadun puolella on vain muutamia autopaikkoja.

Muistiinpanoja / lisäohjeita:

Toimituskunta: Terhi Mäkelä, ylihoitaja; Olli Rytsölä, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri; Eija Niemelä, sairaanhoitaja; Toni Broman, sairaanhoitaja; Johanna Jal-
kanen, sairaanhoitaja; Julia Sarlin, sairaanhoitaja; Mari Salminen, fysioterapeutti; Merja
Jutila, fysioterapeutti

Yhteystiedot

Kirurgian poliklinikka

Töölön sairaala, 1. krs
Sibeliuksenkatu 10, Helsinki

Postiosoite

PL 266, 00029 HUS

Osasto 2

Töölön sairaala, 4. krs
Topeliuksenkatu 5, Helsinki
p. 09 471 87262 (kanslia)
faksi 09 471 87208

Osastonhoitaja 050 427 2229
Osaston ylilääkäri 050 427 1811

Vierailuaika: päivittäin klo 13-18

Leikkausjonotiedustelut/ muutokset

Jonohoitaja 050 413 3815
arkisin klo 10-12

HUS on Suomen suurin erikoissairaanhoidon toimija ja koko maan toiseksi suurin työnantaja. Osaamisemme on kansainvälisesti korkeatasoista. Tuotamme palveluja 24 jäsenkunnan lähes 1,6 miljoonalle asukkaalle ja vastaamme joidenkin erityisalojen sairaanhoidostavaltakunnallisesti. Vuosittain noin puoli miljoonaa potilasta saa hoitoa 23 sairaalassamme. HUS:n liikevaihto on yli 1,9 mrd. euroa ja palveluksessamme on noin 22 000 ammattilaista. HUS on savuton.



Tuotanto:
HYKS Tukelin- ja plastiikkakirurgia
taitto: Johanna Kojola
painopaikka: Kopto Niini, 10/2016

SELÄN LUUDUTUSLEIKKAUS POTILASOHJE

Teillä on todettu leikkaushoitoa vaativa selkävaiva. Tässä potilasohjeessa annamme tietoa selän luudutusleikkauksesta ja sen jälkeisestä toipumisesta.

Yleistä

Ennen leikkauksratkaisuun päättymistä olette selkäortopedin kanssa käynyt perusteellisesti läpi leikkaukseen johtaneet syyt, leikkauksen ennusteen ja riskit. Luudutusleikkaukseen päädytään silloin, kun oletetaan vaikean paikallisen selkävun johtuvan viallisen nikamavälin liikkeestä, sekä silloin, kun on tarve korjata selkärangan virheellistä asentoa tai estää virheasennon paheneminen. Selän luudutusleikkauksen tavoitteena on valittujen nikamavälien jäykistäminen liikumattomiksi. Kyseessä voi olla yksi tai useampi väli. Luudutusleikkaus voidaan tehdä ainoana toimenpiteenä tai samassa yhteydessä hermopuristusta poistavan leikkauksen kanssa.

Yleiskunto

Ennen leikkausta yleiskuntonne on oltava riittävän hyvä, jotta kestätte ison leikkauksen aiheuttaman rasituksen. Mahdollisten perussairauksienne (mm. sokeritauti, verenpainetauti) on oltava hallinnassa, ja mahdolliset tulehdussairaudet (esim. virtsatie-tulehdus tai ientulehdus) on hoidettava kuntoon ennen leikkausta. Mikäli epäilette sairastavanne jotain tulehdussairautta, kehoitamme teitä leikkausta odotellessa kääntymään yleislääkärin tai hammaslääkärin puoleen. Leikkaava kirurgi, anestesia- ja lääkäri sekä tarvittaessa muut erikoislääkärit varmistavat leikkauksen kuntoon ennen leikkausta. Veren hyytymistäipumukseen vaikuttavat lääkkeet (kuten esim. Aspirin, Disperin, Marevan) tulee lopettaa ennen leikkausta. Lopettamisajankohdasta tulee aina keskustella hoitavan lääkärin, anestesia- ja lääkärien tai jonohoitajan kanssa. Ennen leikkausta kannattaa pyrkiä pitämään selkä ja vatsalihakset sekä selän liikkeet ja toiminta mahdollisimman hyvänä. Selkä- ja vatsalihas ja liikeharjoitteita, selkäjumppaa ja aerobista liikuntaa suositellaan potilaan resurssien mukaan. Useimmiten vesiliikuntaa voi harrastaa kipeälläkin selällä, jos muuta liikuntaa ei voi tehdä. Alaraajaan säteilevää kipua aiheuttavia harjoitteita tai liikuntaa ei suositella. Kohtuullista selkävun aiheuttavia harjoitteita voi tehdä.

Leikkauksen esteet

Heikko yleinen terveydentila, vakava perussairaus sekä lisääntynyt verenvuototaipumus voivat olla esteenä leikkaukselle. Selän luudutusleikkausta ei voi turvallisesti tehdä henkilölle, joka kieltäytyy verensiirroista, sillä leikkauksen vuotomäärä ei ole tarkasti ennakoitavissa. Leikkauksalueella oleva tulehdus, ihorikko ja ihottumat samoin kuin viime kuukausina sairastettu sydänveritulppa tai laskimotukos vaativat yleensä lykkäämään suunniteltua leikkausta.

Leikkaus

Leikkaus tehdään nukutuksessa ja se kestää toimenpiteen laajuudesta riippuen 2–8 tuntia. Ennen leikkausta aloitetaan laskimotukoksen syntyä estävä lääkitys. Leikkauksen alussa saatte tulehdusriskiä vähentävän antibioottilääkkeen. Useimmat luudutusleikkaukset tehdään selän kautta, jolloin leikkaushaava on selässä yleensä keskiviivassa. Joitakin toimenpiteitä tehdään myös kyljen tai vatsan kautta.

Luudutusleikkauksessa tehdään luunsiirto, jossa käytetään ensisijaisesti potilaan omaa luuta. Luu saadaan hermopuristusta poistavan yhteydessä poistettavista nikamaosista. Tarvittaessa lisäksi otetaan luuta suoliluun siivestä tai käytetään

Toipuminen ja kotiutuminen

keinitokoista luuta. Lähes aina käytetään metallisia tai muovisia kiinnitysosia, kuten esimerkiksi titaanisäruuveja ja tankoja. Näitä kiinnittimiä ei myöhemmin poisteta ilman erityistä syytä. Haavan vierestä tulee ulos yleensä 1–3 ohutta laskuputkea, joiden tarkoitus on poistaa leikkausalueelta sinne kertyvä verenvuoto. Leikkauksen jälkeen teidät siirretään leikkausosaston heräämöhön, missä nukutuksesta toipumistanne seurataan. Heräämövaiheen jälkeen teidät siirretään takaisin vuodeosastolle.

Luudutusleikkauksen jälkeinen toipumisaika sairaalassa riippuu voinnistanne. Tavallisesti se on 3–6 vuorokautta. Laskuputket poistetaan ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksesta. Röntgenkuvaus tehdään kaikille potilaille. Sillä tarkastetaan leikkauksen varhaistulos, ja sitä käytetään vertailukuvana jälkitarkastuksissa. Laskimoveritulpan ehkäisemiseksi annettavaa pistoshoitoa jatketaan, kunnes liikuntakykynne on hyvä, yleensä osastohoitojakson ajan. Leikkauksen jälkeen istuminen, seisominen ja käveleminen ovat sallittuja. Vuoteessa voitte maata asennossa, joka tuntuu parhaalta. Fysioterapeutti opastaa käytännön yksityiskohdissa. Ulkoista tukiliiviä käytetään, jos leikkauksessa laitettujen kiinnitysosien luotettavuus on epävarma esimerkiksi luun haurauden takia.

Ompelet tai ihohakaset poistetaan omalla terveysasemalla tai työterveyshuollossa 12–14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta, ellei ole käytetty sulavia iho-ompeleita. Tuolloin ihoteipit saavat olla paikoillaan kaksi viikkoa. Ennen ompeleiden poistoa kylpy, uiminen ja sauna ovat kiellettyjä, suihkussa voitte käydä. Kuormitusrajoitukset ovat voimassa leikkauksen jälkeen 3–6 kuukautta. Syviä kumarruksia, raskaita nostoja, kantamista sekä keskivartaloa kiertäviä liikkeitä tulee välttää. Matalalla alustalla istumista on vältettävä, koska se köyristää alaselkää. Suursiivouksen, autoremontin tai vastaavan fyysisen ponnistuksen suorittaminen ei ole turvallista. Käveleminen on sallittua ja suositeltavaakin alusta alkaen. Rauhallinen uiminen ja vesijuoksu ovat mahdollisia kolmen viikon kuluttua. Jatkokuntoutuksen onnistumisen kannalta potilaan omaehtoinen harjoittelu saatujen ohjeiden mukaan on ratkaisevaa. Potilaan on tärkeää itse kuntouttaa selkäänsä ohjeiden mukaan leikkauksen jälkeen. Alusta asti voi tehdä fysioterapeutin ohjaamia harjoitteita välttämällä selkään kohdistuvia voimakkaita vääntöliikkeitä ja raskasta kuormitusta. Sukupuolielämä on sallittua, kun muistaa välttää selän taivutuksia ja kiertoliikkeitä.

Ensimmäinen jälkitarkastus röntgenkuvauksineen on kolmen kuukauden kuluttua ja viimeinen yhden tai kahden vuoden kuluttua leikkauksesta. Jälkitarkastuksissa neuvotaan, miten selän kuormitusta voi lisätä. Yleensä (tiukimmat) rajoitukset voidaan purkaa kolmen kuukauden jälkeen ja varovaisuutta noudatetaan kuuteen kuukauteen saakka, jonka jälkeen selkää voidaan kuormittaa normaalisti. Jos selkään on tehty hyvin laaja jäykistysleikkaus, ei jatkossakaan pidä tavoitella selkään suuria liikelajuuksia.

Mikäli olette työelämässä, sairausloman pituus riippuu ammatin fyysisistä vaatimuksista ja korjattavan selkävian laadusta. Sairausloman tarve on yleensä 2–5 kuukautta.

Kun selkä on täysin parantunut, luudutusleikkaus ei aseta rajoituksia elämälle. Selkäsairaus voi kuitenkin uusiutua, yleensä johonkin toiseen kohtaan selässä. Uudet tutkimukset tuolloin voivat olla tarpeen. Selkäleikkauksen jälkeen syvälämpöhoitoa ei saa antaa, jos leikkauksessa on käytetty metallikiinnittimiä.

Mahdolliset komplikaatiot

Huolellisista ennakkovalmisteluista huolimatta kirurgisiin toimenpiteisiin liittyy aina jälkiseuraamusten riski. Tavallisin ongelma luudutusleikkauksessa on, että leikkauksen teknisestä onnistumisesta huolimatta kivut eivät kuitenkaan poistu. Tämän riskin suuruus riippuu leikkauksratkaisuun johtaneiden löydösten vaikeusasteesta ja laadusta.

Kaikkiin leikkauksiin liittyy tulehdusriski, jolla tarkoitetaan ensisijaisesti haavatulehduksia, virtsatietulehdusta ja keuhkokuumetta. Haavatulehduksen merkkejä voivat olla kuumeen ohella haavan lisääntyvä kipu, punoitus ja nestevuoto. Mikäli epäilette haavatulehdusta, teidän on syytä ottaa välittömästi yhteyttä leikkauksenne yksikköön tai sairaalan päivystyspoliklinikalle.

Poikkeava turvotus nilkan ja säären alueella voi olla laskimoveritulpan oire, samoin puristava kipu syvällä pohkeessa etenkin liikuttaessa nilkkaniveltä ylöspäin. Mikäli epäilette laskimoveritulppaa, ottakaa yhteyttä sairaalaan.

Erityisesti luudutusleikkauksen liittyviä jälkiseuraamuksia voivat olla eriasteisiin halvaustiloihin johtavat hermovauriot, kiinnityksen pettäminen ja luutumattomuus. Näiden riskien suuruus on yksilöllinen ja riippuu leikkauksen laajuudesta sekä leikkaukseen johtaneiden vikojen vaikeusasteesta. Leikkauksalueelle saattaa myös muodostua laskuputkista huolimatta hermoja painava verenpurkauma, joka saattaa vaatia uusintaleikkauksen.

Toipumisaikana selän lievä kipuilu tai alaraajojen ohimenevät kipu- ja puutumistuntemukset ovat vaarattomia. Parhaimmillaan leikkaukseen johtaneet oireet ovat pois heti toimenpiteen jälkeen, mutta hermorakenteet ovat jo saattaneet vaurioitua siten, että täydellistä paranemista ei saavuteta. Toipuminen voi kuitenkin jatkua 2 vuoteen asti. Tavanomaista on että leikkauksen jälkeen kivun poistuttua kyseinen alue saattaa tuntua puutuneelta. Mikäli teille ilmaantuu huolestuttavia oireita, niistä kannattaa kysyä joko puhelimitse vuodeosastolta tai hakeutua sairaalan päivystysvastaanotolle.

Vuodeosasto 3B puh. 020 633 6007
Päivystys puh. 020 633 1000